Aus dem Pathologischen Institut der Universität zu Breslau
Direktor: Professor Dr. Martin Staemmler

Ueber die Beziehungen zwischen pathologisch - anatomischer und klinischer Diagnose bei Magenkarzinom

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde an der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Breslau.

Vorgelegt von

Gotthardt Krischker
appr. Zahnarzt
Steinau (Oder)

1926

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549814_0076

Wenn auch in dieser Arbeit nicht auf die Ätiologie des Magenkrebses eingegangen werden kann, so ist es doch für den Zahnarzt von Interesse, sein Augenmerk auf den Zustand des Gebisses des vom Magenkrebs Befallenen zu richten. Weder der Kliniker noch der Pathologe tut das im allgemeinen. F. Crower hat klinische Untersuchungen über die Ätiologie des Magen- und Speiseröhrenkrebses veröffentlicht, bei denen er auf anscheinend nebensächliche Faktoren geachtet hat. Rein nach der Häufigkeit konnte er verschiedene Faktoren mit dem Krebs in Beziehung bringen. An erster Stelle standen schlechte Zähne; es folgten fehlende Zähne. Dann erst kamen andere Magen-Darmerkrankungen, heißes Essen und heiße Getränke, unregelmäßige Mahlzeiten usw. Zwar fehlen genauere Angaben über den Zahnbestand in den von mir durchgesehenen Krankengeschichten, die Feststellung eines intakten Gebisses jedoch zählte zu den extremsten Seltenheiten. Dieses Zusammentreffen von mangelhaftem Gebiß und Magenkrebs könnte natürlich ein rein zufälliges sein, wäre nicht aus anderen Gründen ein kausaler Zusammenhang denkbar. Die verminderte Kaufähigkeit eines Gebisses kann zu Schädigungen der Magenschleimhaut im Sinne der Gastritis führen. Inwieweit die Gastritis chronica als ätiologisches Moment für die Entstehung des Magenkarzinoms in Frage kommt, darüber gehen die Ansichten der berufensten Forscher auf diesem Gebiete noch beträchtlich auseinander.

Die objektive statistische Methode hat bei der Betrachtung der aus obigem Thema sich ergebenden Fragen Berechtigung und durchaus praktische Bedeutung, kann man doch durch sie die einwandfreiesten Beweise schaffen, vorausgesetzt, daß einem umfangreiches Material zur Verfügung steht.

Während der Jahre 1926 bis 1936 wurden im Pathologischen Institut der Universität zu Breslau, im Pathologischen Institut des Allerheiligen-Hospitals und des Wenzel-Hanke-Krankenhauses insgesamt 11 946 Sektionen durchgeführt. In 4,6% = 557 Fällen lautete die pathologisch-anatomische Diagnose auf Carcinoma ventriculi.

Daß der Magenkrebs bei Männern häufiger vorkommt als bei Frauen, ist auf Grund zahlreicher und einwandfreier Statistiken bewiesen und auch allgemein bekannt. Auch bei dem von mir untersuchten Material waren Männer mit 61,5 % (343 mal) häufiger als Frauen mit 38,5% (214 mal) vom Magenkrebs befallen.

Individuen des 50. bis 70. Lebensjahres waren auch bei meinem Material am häufigsten vom Magenkrebs befallen. Das Durchschnittsalter der Männer lag mit 60,48 Jahren nur unbedeutend höher als das der Frauen mit 60,32 Jahren. Dies relativ hohe Durchschnittsalter ergibt sich daraus, daß die normale Verhältniszahl von chirurgisch Behandelten und nicht chirurgisch Behandelten zu Gunsten der letzteren verschoben ist, da aus technischen Gründen eine große Zahl von chirurgischen Fällen nicht verwertet werden konnte. Das Durchschnittsalter der Operierten liegt naturgemäß aber niedriger als das der Nichtoperierten. Bei den 115 Operierten errechnete ich ein Durchschnittsalter der Männer von 56,97 Jahen und der Frauen von 52,05 Jahren. Bei den 180 Nichtoperierten betrug das Durchschnittsalter der Männer 62,67 Jahre, das der Frauen 64,16 Jahre. Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern scheinen also, was das Alter der vom Magenkrebs Betroffenen anbetrifft, nicht zu bestehen.

Die Beteiligung der einzelnen Lebensjahrzehnte am Magenkarzinom geben nachfolgende Tabellen wieder. Die erste Tabelle bezieht sich auf Nichtoperierte, die zweite auf Operierte.

Sämtliche von mir aufgestellten Tabellen beziehen sich auf 295 Fälle von Magenkarzinom, bei denen ich neben den anatomischen Befunden auch Krankengeschichten durchsehen konnte.

Beteiligung der einzelnen Dezennien am Magenkrebs bei Nichtoperierten.

	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	zus.
Männer	1	—	1	9	29	56	21	3	120
Frauen	—	--	1	7	11	22	15	4	60
zus.	1	—	2	16	40	78	36	7	180
Prozent	0,55%	—	1,14%	8,88%	22,22%	43,33%	20%	3,88%	100%

Beteiligung der einzelnen Dezennien am Magenkrebs bei Operierten.

	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	zus.
Männer	—	—	3	15	24	31	2	—	75
Frauen	—	1	5	7	14	11	2	—	40
zus.	—	1	8	22	38	42	4	—	115
Prozent	—	0,86%	6,95%	19,12%	33,80%	36,52%	3,47%	—	100%

Die Höchstzahl von Magenkrebsfällen wird bei Operierten wie Nichtoperierten im 5. bis 7. Lebensjahrzehnt erreicht.

Die verschiedenen Magenregionen waren folgendermaßen vom Krebs befallen:

Pylorus 30,50%
Kleine Curvatur 23,05%
Cardia 11,18%
Pylorus und kleine Curvatur 10,16%
Große Curvatur 6,77%
Diffuse Ausbreitung 5,42%
Fundus 4,40%
Pylorus und große Curvatur 2,03%
Hinterwand 0,67%
Nicht angegeben 5,76%

Ein Vergleich mit den bekannten Statistiken (Borrmann im Hinke-Lubarsch, vervollständigt durch eine Statistik Werthemanns und Poschariskys) zeigt in den wesentlichen Punkten Uebereinstimmung. Die relativ geringe Beteiligung des Pylorus in meiner Zusammenstellung wird durch eine stärkere Beteiligung der kleinen Curvatur wettgemacht. Der Ausgangspunkt von Karzinomen dieser Regionen des Magens ist oft nicht mit Sicherheit festzustellen, so daß Verschiebungen in den Verhältniszahlen auf Verschiedenheiten der Angaben in den Sektionsprotokollen zurückzuführen sind.

	Lebert	Gussenbauer und Winiwarter (903)	Scholz (206)	Orth	Haberfeld (662)	Tornow (225)	Fenwick (1850)	Redlich (176)	Riechelmann (285)	Klausa (120)	Tiemann (128)	Gnozken (228)	Buday	A. Weld (1300)	Brinton (360)	Borrmann	Werthemann	Posdharisky	Krisdiker
Pylorus	51	69	42,5	60	60	50	58	40	44	41	71	64	41	60,8	60,8	53	50,3	38,8	30,5
Pylorus und kl. Curv.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10,2
Pylorus und gr. Curv.	—	—	—	—	—	—	—	2,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Kl. Curvatur	16	7	7,5	20	20	6	11,5	10	18	10	12	16	26	11,4	10,5	11,6	22,7	34	23
Gr. Curvatur	7	1,5	—	—	—	2	2,8	6	—	0,8	1,5	0,8	5	2,6	3	5	2,7	4,8	6,8
Kardia	9	6	7,5	10	10	10	9,8	12	11	—	14	15	8	8	10	10	13,5	9	11,2
Vordere Magenwand	3	2	—	—	—	0,8	2,2	0,5	0,4	—	—	—	6	2,3	3	2,5	—	1	—
Hintere Magenwand	4	4	—	—	—	1,5	5	2,2	2,4	3	2,3	1,3	5	5,2	3	2,5	1	3,9	0,7
Fundus	—	1,5	—	—	—	—	1,5	2,8	—	—	0,7	0,8	—	—	1,1	10,8	3,6	1,2	4,4
Diffuse Ausbreitung	6	13	10	—	—	3,6	6	2,8	11	4	—	—	5	4,7	3,6	4,5	4,9	7,8	5,4

In 236 von 295 Fällen = 80% hatte das Magenkarzinom bereits Metastasen gemacht.

In 16,2% waren Lymphdrüsen der alleinige Sitz der Metastasen.

In 6,8% fanden sich nur in der Leber Metastasen.

Nur Leber und Lymphdrüsen waren in 11,3% von Metastasen befallen.

Der Häufigkeit nach geordnet fanden sich folgende Lokalisationen der Metastasen:

Regionäre und entfernte Lymphdrüsen	56,2%
Leber	36,6%
Mesenteriale Lymphdrüsen	21,7%
Peritoneum	15,5%
Periportale Lymphdrüsen	14,6%
Lymphdrüsen des Netzes	14,2%
Retroperitoneale Lymphdrüsen	11,5%
Wirbel	8,8%
Lungen	4,4%
Nebennieren	3,4%
Ovarien	3,1%
Lymphdrüsen des Halses	2,4%
Mediastinale Lymphdrüsen	2,4%
Darm	2,4%
Supraclaviculare Lymphdrüsen	1 %
Rippen	1 %
Herz	1 %
Blase	1 %
Uterus	1 %
Knochen	0,7%
Gallenblase	0,7%
Niere	0,7%
Milz	0,7%
Vaginawand	0,3%
Appendix	0,3%
Schilddrüse	0,3%
Haut	0,3%

Zum Vergleich seien die Zusammenstellungen Werthemann's und Poscharisky's über Metastasenbildungen angeführt.

Metastasenbildungen (Werthemann).

Regionäre und entfernte Lymphdrüsen	58 %
Nur Lymphdrüsenmetastasen	12,5%
Ueberhaupt keine Metastasen	15,9%
Linksseitige Supraclavicularmetastasen	4,3%
Krukenberg'sche Tumoren	5,6%

Bei **Poscharisky**

blieb der Krebs lokal	15,0%
Metastasen nur in den regionären Lymphdrüsen	18,8%
Metastasen in den regionären Lymphdrüsen und in der Leber	18,6%
Metastasen nur in der Leber	1,8%

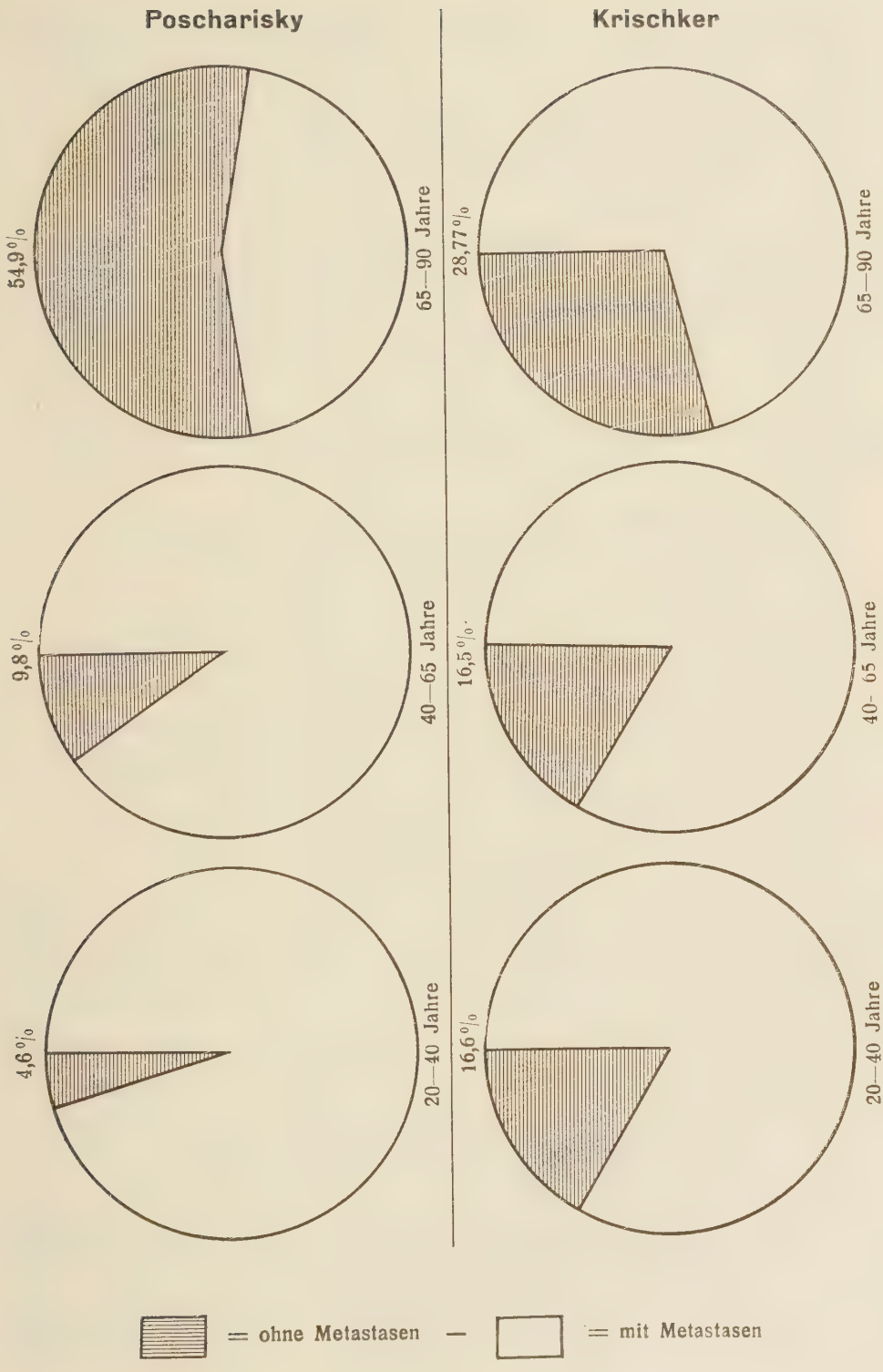
Metastasen in den verschiedenen Organen (Poscharisky).

Regionäre Lymphdrüsen	67,8%
Leber	36,4%
Retroperitoneale Lymphdrüsen	24,4%
Periportale Lymphdrüsen	20,6%
Mesenteriale Lymphdrüsen	15,4%
Mediastinale Lymphdrüsen	7,8%
Lymphdrüsen des großen Netzes	7,2%
Lymphdrüsen des Halses	5,4%
Peribronchiale Lymphdrüsen	4,4%
Lungen	3,2%
Knochensystem	3,2%
Ovarien	3,2%
Nebennieren	3,2%
Pankreas	3,0%
Nieren	1,8%
Milz	1,6%
Darm	1,6%
Haut	1,0%
Gehirn und Meningen	1,0%
Herz	0,6%
Hypophyse	0,4%
Wand der Gallenblase	0,4%
Rachenmandel	0,2%
Uterus	0,2%

In 59 von 295 Fällen = 20% blieb der Magenkrebs rein lokal Das Durchschnittsalter dieser Fälle betrug 62,35 Jahre, während es in den Fällen mit Metastasen mit 59,49 Jahren nur um etwa 3 Jahre tiefer liegt. Zeichnete sich das Magenkarzinom der zeitigeren Lebensjahrzehnte durch eine größere Bösartigkeit aus, so müßte das Durchschnittsalter der Fälle ohne Metastasen doch wesentlich von dem Durchschnittsalter der Fälle mit Metastasen verschieden sein.

Poscharisky hat versucht, Beziehungen zwischen dem Alter des vom Magenkarzinom Befallenen und der Fähigkeit des Karzinoms, Metastasen zu bilden, aufzustellen. Das Durchschnittsalter der Fälle ohne Metastasen beträgt bei ihm 60,5%, das derjenigen mit Metastasen 48,1%.

Wenn er nun sein Material in drei Gruppen einteilt, und zwar in Jugendliche, mittlere Alte und Alte, so ergibt sich folgende Tabelle, die


Poscharisky
Krischker
54,9 %
65—90 Jahre
28,77 %
65—90 Jahre
9,8 %
40—65 Jahre
16,5 %
40- 65 Jahre
4,6 %
20—40 Jahre
16,6 %
20—40 Jahre
= ohne Metastasen
= mit Metastasen

veranschaulicht, daß der Magenkrebs bei Individuen höheren Alters im Gegensatz zu jüngeren Menschen die Tendenz hat, rein lokal zu bleiben.

Aus dem von mir untersuchten Material konnte diese Feststellung nicht getroffen werden. Auch die Personen der dritten Gruppe waren bei mir nur in 28,77% der Fälle metastasenfrei, während sie es bei Poscharisky in 54,9% der Fälle waren.

Aus nachstehenden Tabellen, die die Verteilung der Fälle von Magenkrebs auf die einzelnen Dezennien mit und ohne Metastasierung zeigen, geht hervor, daß die Bösartigkeit des Magenkrebses, jedenfalls, was die Metastasierung anbetrifft, im höheren Alter keine wesentlich geringere ist.

Verteilung auf die einzelnen Dezennien bei rein lokaler Ausbreitung des Magenkrebses.

31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	zus.
3	8	11	21	14	2	59
5,08%	13,56%	18,65%	35,59%	23,73%	3,39%	100%

Verteilung auf die einzelnen Dezennien bei Magenkrebs mit Metastasenbildung.

11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	zus.
1	1	7	30	66	101	26	4	236
0,42%	0,42%	2,97%	12,65%	28,19%	43,06%	11,02%	1,27%	100%

Nach Poscharischky bleibt die Lokalisation des Krebses im Magen selbst nicht ohne Einfluß auf die Metastasenbildung.

Seine unten angeführte Zusammenstellung der Magenkarzinome ohne Metastasenbildung veranschaulicht diesen Satz.

Sitz des Magenkarzinoms bei ausschließlich lokaler Ausbreitung (nach Poscharisky)	Pylorus	30,8%
	Cardia	22,2%
	Fundus	16,6%
	Antrum pylori	13,0%
	Kleine Curvatur	12,3%
	Große Curvatur	4,0%
	Vordere Magenwand	0,0%
	Ganzer Magen	0,0%

Meine Zusammenstellung spricht nicht für die oben ausgesprochene Behauptung.

Sitz des Magenkarzinoms bei ausschließlich lokaler Ausbreitung (nach Krischker)	Pylorus	28,8%
	Kleine Curvatur	28,8%
	Pylorus und kleine Curvatur	11,8%
	Große Curvatur	8,5%
	Fundus	8,5%
	Cardia	6,9%
	Diffuse Ausbreitung	3,5%
	Pylorus und große Curvatur	1,8%
	Nicht angegebener Sitz	1,8%

Nach Poscharisky haben besonders die Karzinome des Fundus und der Kardia die Tendenz, rein lokal zu bleiben. Aus meinem Material kann ich diese Feststellung jedoch nicht treffen.

Zum Vergleich seien Poscharisky's und meine Tabellen über die Lokalisation des Magenkarzinoms ohne Metastasenbildung und mit Metastasenbildung angeführt.

Sitz des Magenkarzinoms (Poscharisky)

	ohne	mit Metastasen
Pylorus	30,8%	38,8%
Cardia	22,2%	9,0%
Fundus	16,6%	1,2%
Antrum pylori	13,0%	—
Kleine Curvatur	12,3%	34,0%
Große Curvatur	4,0%	4,8%
Vordere Magenwand	0,0%	1,0%
Ganzer Magen	0,0%	7,8%

Sitz des Magenkarzinoms (Krischker)

	ohne	mit Metastasen
Pylorus	28,8%	30,5%
Kleine Curvatur	28,8%	23,0%
Pylorus und kleine Curvatur	11,8%	10,2%
Große Curvatur	8,5%	6,8%
Fundus	8,5%	4,4%

	ohne	mit Metastasen
Cardia	6,9%	11,2%
Diffuse Ausbreitung	3,5%	5,4%
Pylorus und große Curvatur	1,8%	2,0%
Nicht angegebener Sitz	1,8%	—

Poscharisky fand, daß besonders Karzinome des Fundus und der Cardia ohne Metastasenbildung verliefen, während die kleine Curvatur verhältnismäßig viel häufiger mit Metastasenbildung einhergeht. Die aus meinem Material gewonnenen Zahlenunterschiede berechtigen jedoch nicht zu diesem Schluß, da sie zu geringfügig sind.

Von dem Magenkarzinom herkommende Verwachsungen fanden sich in 46,4%.

Mit dem Magenkarzinom in Zusammenhang stehende Erweiterung des Magens bestand in 6,8% der Fälle; grobe Schrumpfung des Magens in 5,8%.

Perforation des Magenkarzinoms in die Bauchhöhle wurde 8 mal beobachtet; Perforation ins Colon transversum 2 mal. Eine Perforation des Magenkarzinoms durch die Bauchdecken fand sich in 3 Fällen.

Ueber die Frage der Ulcusgenese des Magenkarzinoms, die in seiner Ätiologie am bedeutungsvollsten ist, kann ich nichts aussagen, da makroskopisch diese Frage nicht zu entscheiden ist. Ja selbst genaueste mikroskopische Untersuchungen werden nur in den seltensten Fällen diese Frage entscheiden können. Daß das Vorkommen eines Ulcus im karzinomatösen Magen zu dem Schluß berechtigt, das Karzinom sei auf dem Boden eines Ulcus entstanden, ist schon deswegen nicht einzusehen, weil beide Erkrankungen verhältnismäßig häufig sind und auf diese Weise leicht zusammen vorkommen können. Dieses Zusammentreffen ist selten, aber doch mehrfach beschrieben worden. (Lebert, Dittrich, Bade, Redlich, Hauser, Konjetzny u. a.) Ich selbst fand es in 4 Fällen; in weiteren 4 Fällen fand sich eine Narbe im karinomatösen Magen. Poscharisky glaubt dieses seltene Zusammentreffen von Ulcus und Karzinom dahin deuten zu müssen, daß das Ulcus nicht verheilt, sondern unter der veränderten Form des Krebses zur Sektion gelangt.

Ob und in welcher Weise die chronische Gastritis bei der Entstehung des Magenkarzinoms eine Rolle spielt, kann aus folgenden Gründen nichts ausgesagt werden:

1. entspricht das anatomische Bild der Gastritis — ebenso wie bei ulcus ventriculi et duodeni — nicht dem klinischen Bild. Hochgradigste Beschwerden und völlige Beschwerdefreiheit können ein und dasselbe anatomische Bild aufweisen. Gutzeit sagt: „Ich kenne kaum eine Erkrankung, bei der Allgemeinbefinden und Beschwerde in einem so erheblichen Gegensatz zum anatomischen Substrat stehen können, wie bei der chronischen Gastritis".

2. kann eine chronische Gastritis an der Leiche der postmortalen Veränderungen des Magens wegen nicht mehr nachgewiesen werden.

3. liefert die chronische Gastritis makroskopisch keine charakteristischen Bilder. (Riegel, Ewald, Boas, Faber, Zweig, Katsch u a.)

11 mal fanden sich Polypen außer dem Karzinom im Magen (3,7%). Poscharisky sah in 5% der Fälle neben dem Magenkrebs Schleimhautpolypen des Magens. In Werthemanns Material wurden nur in 4% Adenome bezw. eine Polyposis ventriculi gefunden. Damit ist freilich über eine kausale Beziehung zwischen Polyposis ventriculi und Magenkarzinom nichts festgestellt. Ueber diese Frage wie über die Frage der multizentrischen Karzinomentstehung könnte man genaueres nur aussagen, wenn einwandfreie histologische Untersuchungen vorlägen. Borrmann sagt hierzu: „Multiple Polypen im Magen sind schon selten, multiple polypöse Krebse im Magen, die sich sicher aus Polypen entwickelt haben, sind aber eine große Seltenheit".

Die klinische Diagnose Magenkarzinom wurde nur in 75,7% = 224 Fällen gestellt. In 6,6% wurde zwar ein Karzinom diagnostiziert, aber diesem ein falscher Sitz zugeschrieben oder es wurden Metastasen erkannt und diese falsch gedeutet.

In 14 Fällen = 4,9% fand sich das Magenkarzinom als nichterkannter Nebenbefund bei anakuten Erkrankungen ad exitum gekommenen. In 5 Fällen = 1,8% waren Patienten moribund aufgenommen worden, in deren Krankengeschichten sich keine Diagnose oder eine Fehldiagnose befand.

Wirkliche Fehldiagnosen, wo das wesentliche des zum Tode führenden Krankheitsprozesses nicht erkannt worden ist, kamen 31 mal vor (10,8%).

Bekanntlich gehört das Magenkarzinom zu denjenigen Autopsien, bei welchen am häufigsten eine Unstimmigkeit zwischen der klinischen und der anatomischen Diagnose vorkommt. Dawydowsky ist der Ansicht, daß 25% der Magenkrebsfälle nicht intra vitam diagnostiziert wurden. Nach Poschariskys Berechnung ist die Zahl etwas geringer und zwar 17%.

An präkarzinomatösen Erkrankungen kommen hauptsächlich folgende in Frage: Trauma, chronische Gastritis und ulcus ventriculi. Wenn auch die traumatische Bedingtheit eines Magenkarzinoms durchaus nicht unmöglich ist, so soll man doch in der Bewertung solcher Dinge äußerst vorsichtig zu Werke gehen. In den von mir bearbeiteten Krankengeschichten wurden seltene Fälle gefunden, wo Patienten ihr Magenleiden, das sich dann als Magenkrebs erwies, auf ein Trauma zurückführten. Dieses Trauma aber immer als Ursache für das Magenkarzinom auszusprechen, hieße den Dingen Gewalt antun, weil ja eine sicher ebenso große Anzahl von Patienten nach einem Trauma kein Magenkarzinom bekam und weil durch ein Trauma ein bereits vorhandenes, aber latentes Magenkarzinom manifest werden kann.

Die Verwertbarkeit der anamnestischen Angaben von seiten des Patienten ist eine beschränkte, da Zuverlässigkeit und Ausgiebigkeit der Anamnese von Intelligenz und Temperament desselben abhängig ist. Eine gewisse Zahl von Patienten gibt frühere Magenkrankheiten an. Eine Einteilung dieser Angaben in Ulcusanamnesen, und Beschwerden, die von einer chronischen Gastritis ausgehen, ist jedoch unmöglich, da die Symptomatik beider Erkrankungen nicht so wesentlich voneinander verschieden ist. Der Häufigkeit nach geordnet wurden für Magenkarzinom sprechende Angaben in folgender Reihenfolge gemacht:

Gewichtsabnahme	145 mal
Erbrechen	119 „
Appetitlosigkeit	115 „
Schmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme	83 „
Aufstoßen	74 „
Schmerzen abhängig von der Nahrungsaufnahme	67 „
Abneigung gegen Fleisch	38 „
Völlegefühl	32 „
Teerstuhl	29 „
Kaffeesatzartiges Erbrechen	29 „

Verwertbare anamnestische Angaben über die Dauer der Beschwerden von ihrem Beginn bis zum exitus wurden in 224 Fällen vorgefunden.

35 Patienten (15,6%) hatten eine Gesamtmagenanamnese von länger als 2 Jahren mit einem Durchschnitt von 11,1 Jahren.

Bei den übrigen 189 Fällen lag die Magenanamnese unter 2 Jahren. Bei 123 Patienten (54,9%) lag die Dauer des Magenleidens noch unter 6 Monaten; durchschnittlich betrug sie 2,3 Monate. 66 Patienten (29,4%) hatten eine Gesamtanamnese, die zwischen 6 Monaten und 2 Jahren lag; durchschnittlich betrug sie 11 Monate.

Die palpatorische Feststellung des Tumors war nur in 52% möglich.

Die Säureverhältnisse des Magens waren in 158 von 295 Fällen untersucht. Anacide Werte fanden sich 134 mal (84,8%); hypacide Werte in 14 Fällen (8,8%); normacide Werte in 6 Fällen (3,7%) und superacide Werte nur in 4 Fällen.

Die Uffelmannsche Reaktion erwies sich bei 109 ausgeführten Untersuchungen 37 mal als positiv; 66 mal war sie negativ; in 6 Fällen war ihr Ausfall zweifelhaft.

Von sichererer diagnostischer Bedeutung war der Nachweis von Blut im Stuhl. In 84% der ausgeführten Untersuchungen fiel er positiv aus (151 Untersuchungen).

Sanguis im Erbrochenen bezw. Ausgeheberten erwies sich in 81% der Fälle als positiv.

In erstaunlich häufiger Weise entging das Magenkarzinom der röntgenologischen Feststellung. In 33 von 180 röntgenuntersuchten Fällen konnte die Diagnose auf Grund der Durchleuchtung und Röntgenaufnahme nicht gestellt werden (18,2%).

Da die diagnostische Feststellung des Magenkarzinoms ein röntgenologisches Problem ist, wäre es interessant zu wissen, ob eine oder die andere Region des Magens sich vorzugsweise der röntgenologischen Untersuchung entziehen.

Nachstehend ist eine Aufstellung über die Lokalisation des Magenkarzinoms beim Versagen der röntgenologischen Untersuchung angefertigt, die sich auf die 33 Fälle bezieht, bei denen röntgenologisch das Magenkarzinom nicht festgestellt werden konnte. Nach dieser Zusammenstellung scheint sich die Cardia relativ am häufigsten der röntgenologischen Feststellung zu entziehen. Möglicherweise spielen aber Zufälligkeiten eine zu große Rolle, weil das Material verhältnismäßig klein ist.

Lokalisation des Magenkarzinoms bei Versagen der röntgenologischen Untersuchung.

Kleine Curvatur	36,3%
Pylorus	27,2%
Cardia	15,1%
Große Curvatur	12,1%
Nicht angegebener Sitz	6,1%
Hinterwand	3,2%

Literaturverzeichnis.

Lenk, R. (W. kl. W. 1934) Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms.

Schönbauer (W. kl. W. 1934) Einige Probleme der Diagnostik und Therapie beim Karzinom.

Norbert Henning (Johann Ambrosius Barth Verlag Leipzig 1934) Die Entzündung des Magens.

Dr. F. Fleischer, Dr. L. Goldhaber und Dr. H. Landau (Grenzgeb. der Med. und Chir. 1927/28) Zur Frage des Ulcus ventriculi carcinomatosum.

Mohr-Staehelin: Handbuch der inneren Medizin.

Prof. R. Staehelin, Basel (Bulletin der schweizerischen Vereinigung für Krebsbekämpfung 1934) Über das Magenkarzinom vom Standpunkt des Internisten.

August Rothmann: (Arch. f. kl. Chir. Bd. 175, 1933) Chronisches Magengeschwür in seiner Beziehung zum Magenkrebs.

A. Werthemann: (Bulletin der Schweizerischen Vereinigung für Krebsbekämpfung 1934) Pathogenese und Ätiologie des Magenkarzinoms

Th. Poscharisky: (Z. f. K. 31, Bd. 1930) 500 Fälle von Magenkrebs.

W. Janusc: (Z. f. K. 23, Bd. 1926) Krebsstatistik des Sektionsmaterials des anatomisch-pathologischen Instituts der Universität zu Lwow (Polen).

Richard Morian: (Arch. f. klin. Chir. 164 Bd. 1931) Das jugendliche Magenkarzinom.

Anschütz und Wanke: (D. Zschr. f. Chir. 234, 1931) Über das Ulcuskarzinom und das Karzinom im Ulcusmagen.

Kurt Gutzeit: (Bruns Beiträge 152, 1931) Zur Gastritisfrage.

Borrmann: (Henke-Lubarsch) Geschwülste des Magens und Duodenums.

Frief: Die von 1876 bis 1900 in Breslau vorgekommenen Fälle an Krebs mit besonderer Berücksichtigung ärztlicher Verhältnisse. (Diss. Breslau 1901).

Konjetzny: (Dtsch. Chir. 1920). Die Geschwülste des Magens.

Am 20. Juni 1913 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Josef Krischker und seiner Ehefra Selma, geborene Andersch, in Lissa (jetzt Polen) geboren.

1919 wechselten meine Eltern ihren Wohnsitz und zogen nach Steinau/Oder. In demselben Jahr trat ich in die dortige Volksschule ein, die ich 3 Jahre lang besuchte. Von 1922 bis 1925 besuchte ich die „gehobenen Klassen" der Steinauer Volksschule, um dann in die dortige Aufbauschule (Schlabrendorff-Schule) einzutreten. 1932 bestand ich an der letztgenannten Schule die Reifeprüfung.

Nach 8 Semester Studium an der Universität zu Breslau erhielt ich nach Ablegung der zahnärztlichen Prüfung meine Approbation als Zahnarzt (1936, 19. Februar).

Seit meinem Staatsexamen bin ich als Vertreter und Assistent tätig gewesen und habe meine Doktor-Dissertation verfaßt.

Buchdruckerei Franz Wolf Nachf. Erich Krippendorff
Steinau/Oder